La contraception chirurgicale volontaire

I. La ligature tubaire
   1. Anatomie de l'appareil reproducteur féminin
   2. Définition
   3. Critères d'inclusion
   4. Indications et contre indications
   5. Avantages et inconvénients
   6. Moment idéal pour la ligature tubaire
   7. Les complications et C.A.T
   8. Le counseling
   9. Les procédures chirurgicales de la L.T

II. La vasectomie
   1. Anatomie de l'appareil reproducteur masculin
   2. La spermatogenèse
   3. Définition
   4. Indications et contre indications
   5. Avantages et inconvénients
   6. complications
   7. Éléments de counseling
   8. Description de l'intervention

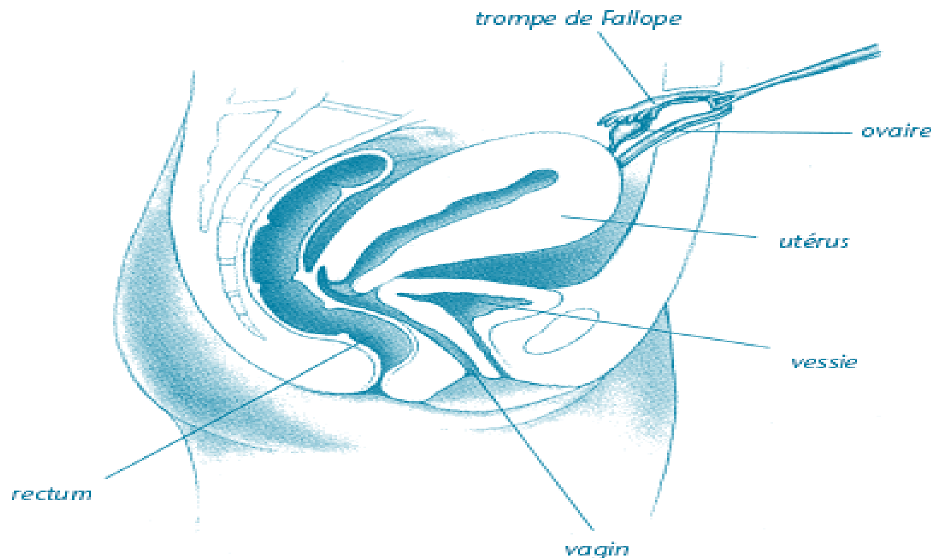
I. La ligature tubaire

1. **Anatomie de l'appareil reproducteur féminin**

- Les organes génitaux interne: se situent dans la région pubienne et comprennent.
  - ⇒ L'utérus: est un organe creux musculaire à parois épaisse mesurant 7 à 8 cm situé entre la vessie et le rectum Sa partie la plus inférieur le col qui fait communiquer l'utérus avec le vagin.
  - ⇒ Le vagin :Conduit qui recueille le sperme Milieu très hostile aux spermatozoïdes.
  - ⇒ Les trompes de Fallope: Transfert l'ovule entre l'ovaire et l'utérus Se termine par les franges qui enrobent l'ovaire.
  - ⇒ Ovaires: Site de production des follicules qui après la maturité libéreront un ovule à chaque cycle menstruel.
- Les organes génitaux externes: comprennent
  - ⇒ le pubis: pièce osseuse constituant la partie antérieur et inférieur de l'os iliaque
  - ⇒ Les grandes et petites lèvres : protection de l'orifice vaginale
  - ⇒ Clitoris: organe érectile et très sensible
  - ⇒ Vestibule: espace situé dans la vulve et ouvrant sur le vagin
  - ⇒ méat urinaire : Extrémité de l'urètre au niveau de la vulve

2. **Définition**

La ligature tubaire est une intervention gynécologique destinée à rendre une femme stérile sans perturber son cycle hormonal puisque les ovules son conservées.
C'est un procédé de stérilisation habituellement irréversible de la femme.



3. Critères d'inclusion

La ligature tubaire peut être réalisée chez une femme :

☞Désireuse de contraception permanente et qui ne présente pas de contre-indications à la contraception chirurgicale volontaire ;

☞ Mariée, âgée de 30 à 45 ans ;

☞ Ayant au moins trois enfants vivants dont un garçon;

☞ L'âge du dernier enfant doit être supérieur à deux ans;

4. Indications et contre indications

Les indications :

- ✓ Choix du couple;
- ✓ Toute contre indication médicale à la grossesse mettant en danger la vie de la femme;
- ✓ Une grande multipare (>=4 enfants vivants) ayant une contre indication aux autres méthodes contraceptives;
- ✓ Antécédents de complications obstétricales;

Les contres indications :

- ❑ *Contre-indications générales non médicales:*
- ➢ Ce sont tous les cas où les candidates ne répondent pas aux critères d'inclusion (Personne jeune, célibataire, divorcée ou veuve, peu d'enfants, pas de garçon, refus du conjoint).
- ❑ *Contre-indications médicales dans l'espace inter-génésique :*
- ➢ Absolues : la grossesse et l'infection génitale haute, métrorragies génitales non étiquetées.
- ➢ Relatives : cardiopathies, hypertension artérielle non traitée, troubles du rythme, troubles de l'hémostase, anémie sévère, obésité importante, trouble du rythme, diabète non traité, angoisse et instabilité

psychologique, hernie abdominale, antécédents d'interventions abdomino-pelviennes, masse annexielle non étiquetée.

- *Contre-indications médicales dans le post-partum:*
- En plus des contre indications absolues et relatives:
- les antécédents de psychose puerpérale.
- l'hypertension artérielle gravidique surtout compliquée d'éclampsie.
- la rupture prématurée des membranes.
- l'hémorragie de l'accouchement et le traumatisme des voies génitales.
- la fièvre puerpérale.

- *Les contres indications liées à la technique d'Essure*
- Anomalie de la cavité utérine ou des trompes de Fallope;
- Allergie à l'iode, ce qui rendrait impossible l'hystérosalpingographie qu'il faut réaliser trois mois après l'intervention ;
- Corticothérapie en cours ;
- Allergie au nickel;

5. Avantages et inconvénients

Les avantages

- ✓ Efficacité très élevée (irréversible);
- ✓ La femme retourne chez elle le jour même;
- ✓ Le cycle menstruel et les rapports sexuels restent normaux ;
- ✓ la santé de la femme ne subit aucune conséquence négative ;

Les inconvénients

- Méthode irréversible;
- Problèmes psychosociaux pouvant survenir en cas de changement de statut familial ou social de la femme;
- Ne protège pas contre les IST/SIDA;

6. Moment idéal pour la ligature tubair

- Idéalement pratiquée dans les 48 heures suivant la naissance;
- Peut être effectuée immédiatement après un accouchement par voie naturelle ou par césarienne;
- Si l'intervention n'a pas lieu dans la semaine suivant l'accouchement attendre 4 à 6 semaines;
- À n'importe quel moment à condition que la femme ne soit pas enceinte

7. complications et C.A.T

Complications graves:

- Le choc vagal :est prévenu par la psycho-préparation et l'Atropine.

- Les agitations per opératoires : calmer la patiente, la sédater ou différer l'acte en programmant une anesthésie générale.
- Les difficultés de pneumopéritoine : si elles sont persistantes, transformer une contraception chirurgicale volontaire par cœlioscopie en Minilaparotomie.
- Les petites lésions péritonéales et faibles saignements : l'opérateur doit surveiller attentivement l'arrêt du saignement avant de fermer la paroi ou se retirer.
- Les hémorragies ou lésions viscérales : toute lésion grave reconnue doit être réparée sur place si le chirurgien de contraception chirurgicale volontaire sent qu'il en est capable, sinon la patiente est mise en condition et transférée en urgence à un centre chirurgical mieux équipé le plus proche.
- l'infection: peut être localisée par une infection de la plaie chirurgicale ou généralisé par une septicémie et selon le cas l'opérateur démarre une antibiothérapie combinée ou non aux mesures de réanimation.
- Décès : rare

Autres complications minimes:

- Nausées causées par les médicaments ou par la procédure.
- Un certain gonflement abdominal.
- Des saignements vaginaux (parfois rosés) peu importants dus aux manipulations de l'utérus durant l'opération.
- Un mal de gorge et une voix rauque (s'il y a eu anesthésie générale).
- Les petites douleurs post-contraception chirurgicale volontaire (elles sont traitées par simple analgésie).

Rassurer la femme et la expliquer que ces complications sont généralement bénignes et disparaissent spontanément

8. <u>le counseling</u>

A. Le counseling général

- Le professionnel responsable du counseling doit s'assurer que les candidates à la contraception chirurgicale volontaire ont opté de façon volontaire, libre et réfléchie pour arrêter de façon ***PERMANENTE*** d'avoir des enfants.
- Pour la réversibilité (théorique possible), le couple doit savoir qu'elle nécessite une chirurgie compliquée, coûteuse, pas toujours disponible et dont les résultats ne sont pas sûrs.
- Le couple doit être éclairé totalement sur l'intervention et ses conséquences

B. Les éléments de consentement informé

- Les renseignements expliqués aux candidates de contraception chirurgicale volontaire sont consignés sur une fiche de consentement informé, qui sera lue puis signée par le couple.

Exemple de formulaire de consentement informé

Royaume du Maroc **المملكة المغربية**
Ministère de la santé **وزارة الصحة**

Direction de la Population
Division de la Planification Familiale
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT INFORME
EN VUE D'UNE LIGATURE TUBAIRE (L.T)
INDICATION MEDICALE
Nom et prénom ……………………………..…Adresse……………………………………………………
Nom du mari : ……………………………………………………………………………………..
Age:………………………………Parité………………………………………………………………
L'intervention consiste en une stérilisation par la technique ………………………….……………
1. Je sais qu'il existe des méthodes contraceptives temporaires.
2. Et j'opte pour cette contraception chirurgicale volontaire dont les détails m'ont été expliqués par mon médecin et qui a pour but de m'éviter des accidents qui pourraient être très graves lors d'une grossesse ultérieure.
3. Malgré les quelques risques que cela comporte et dont m'a parlé le médecin.

4. Si cette opération réussit, je sais que je ne pourrai plus avoir d'enfant.

5. Cette opération est irréversible.

6. Je peux à tout moment renoncer à me soumettre à l'intervention sans me voir de ce fait refuser aucun service ou avantage d'aucune sorte.
Date : …………………………………… Signature de l'intéressée :…………………………..……
Date : …………………………………… Signature du mari : …………………………..........…
Date : …………………………………… Signature du médecin ou de l'infirmière attestant que la patiente et son époux ont compris les différentes informations sur la L.T.

C. La sélection des candidates

☞ Une fois la contraception chirurgicale volontaire choisie comme méthode permanente de contraception, le chirurgien responsable de l'acte recherche à l'interrogatoire, à l'examen physique (général et gynécologique) et par certains examens complémentaires (quand ils sont nécessaires), les candidates réelles, les précautions particulières et les contre indications à la contraception chirurgicale volontaire.

D. Conseils pré-contraception chirurgicale volontaire

☞ Ils doivent être rédigés sur une note donnée au couple pour être lue ou pour se la faire lire par une tierce personne:

- ✓ Prendre un bain la veille de l'intervention.
- ✓ S'habiller de manière ample, légère et propre.
- ✓ Etre accompagnée le jour de la contraception chirurgicale volontaire.
- ✓ Rester à jeun 8 heures avant l'admission et ne prendre aucun médicament (sauf indispensable) dans les 48 heures avant l'intervention.
- ✓ Vider intestin et vessie le matin de la contraception chirurgicale volontaire.
- ✓ Ne porter ni bijoux, ni épingles à cheveux, ni vernis à ongles, ni dentier mobile ou lentilles de contact

E. SUIVI POST-CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE

❑ **Visites post-contraception chirurgicale volontaire**

☞ La patiente doit quitter le centre de contraception chirurgicale volontaire avec une CARTE DE RENDEZ-VOUS. Elle sera vue une semaine après la contraception chirurgicale volontaire pour ablation du point de paroi et s'assurer de l'absence de complications précoces.
☞ Elle doit être vue par la suite après six mois et à chaque fois qu'elle a un problème.

❑ **Counseling post-contraception chirurgicale volontaire**

☞ La femme pourra reprendre sa sexualité une semaine après la contraception chirurgicale volontaire (sauf en cas de procédure par voie vaginale)
☞ La patiente doit savoir que chaque fois qu'elle a un problème gynécologique, elle doit consulter le centre de contraception chirurgicale volontaire ; les signes d'alarme sont :

- L'aménorrhée,
- Les métrorragies,
- Les douleurs pelviennes.

9. Les procédures chirurgicales de la L.T

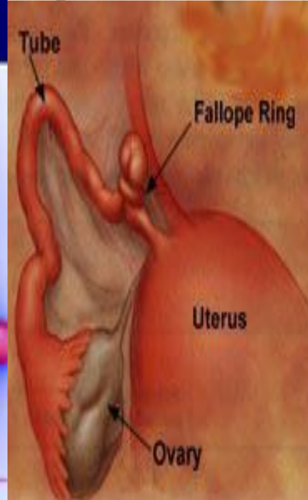
L'opération de stérilisation tubaire peut se pratiqué par différentes techniques:

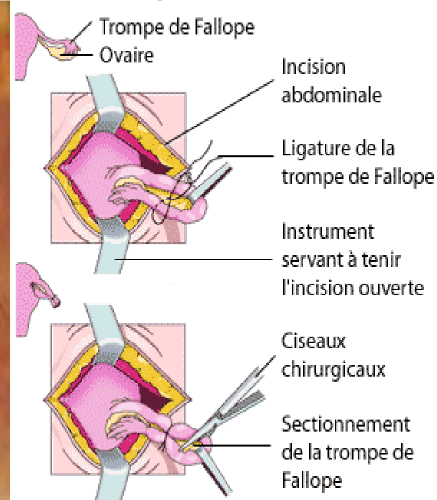
Par cœlioscopie : Elle ne peut être réalisée que dans l'intervalle des grossesses et nécessite une hospitalisation de 24 à 48 heures. Elle se fait sous anesthésie générale. Un appareil optique qui permet de repérer les trompes est introduit à travers une incision au niveau du nombril. Chaque trompe est électrocoagulée ou

liée et/ou sectionnée avec un clip en métal ou en plastique (clips de Filshie ou de Hulka), ou encore un anneau (anneau de Yoon), afin d'obturer le passage.

la pose d'un clip pose d'anneau la ligature





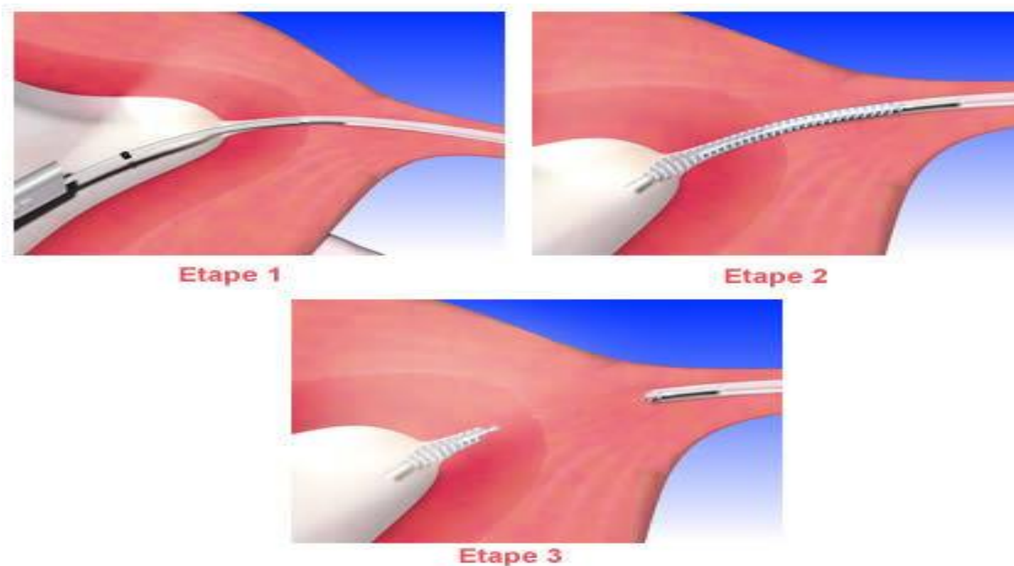


Par minilaparotomie: Elle peut se réaliser dans l'intervalle intergénésique, comme dans le post-partum , la femme sous anesthésie locale ou sous sédation consciente L'interruption de la trompe peut se faire soit par : anneaux de Yoon et un poseur d'anneaux spécial minilaparotomie, soit par ligature puis résection de l'anse tubaire ligaturée.

Par voie vaginale: est effectuée sous anesthésie générale ou locale une incision est pratiquée au fond du vagin.les trompes sont repérées en vision directe ou par endoscope, le chirurgien saisit les trompes et en ligature les extrémités. En général, il ampute un segment. Le couple doit éviter les rapports sexuels durant au moins six semaines si il a choisi cette technique de stérilisation.

- ***Par technique Essure*** utilise comme Méthode d'approche l'hystéroscopie. l'opérateur introduit un appareil optique par voie naturelle dans l'utérus de manière à visualiser l'orifice des trompes, il obstrue ensuite l'orifice des trompes à l'aide de micro-implants en nickel-titane.

Du tissu conjonctif se forme autour de ces micro-implants. Les trompes se bouchent ainsi progressivement. Il faut en moyenne trois mois pour que les trompes soient complètement



☞ Des <u>hystérosalpingographies</u> réalisées trois mois après l'intervention permettent de constater que la trompe est complètement obstruée et que la patiente peut abandonner la méthode contraceptive qu'elle utilisait antérieurement.

☞ Les risques liées à l'intervention sont minimes si elle est réalisées par des personnes expérimentées en hystéroscopie.

À noter que ces risques sont:

- Perforation ou dissection d'une trompe de Fallope dans la corne utérine ;
- Perforation utérine due à l'hystéroscopie ;
- Installation anormale de l'implant dans le myomètre ;
- Mise en place de l'implant dans la portion distale de la trompe;
- Grossesse: en cas de mal obstruction des trompes
- Les risques reconnus de toute intervention chirurgicale (nausées ,vomissements ,douleurs, saignement vaginal)

II. <u>La vasectomie</u>

1. <u>**Anatomie de l'appareil reproducteur masculin**</u>

L'appareil génital masculin est étroitement lié à l'appareil urinaire, il comprend :

<u>Les testicules</u>: situés dans la bourse, sont de forme ovoïde et d'une longueur de 4 cm environ.ils élaborent la testostérone et les spermatozoïdes.

<u>L'épididyme</u>: conduit situé en arrière du testicule, reçoit les spermatozoïdes, qu'il amène vers le canal déférent.

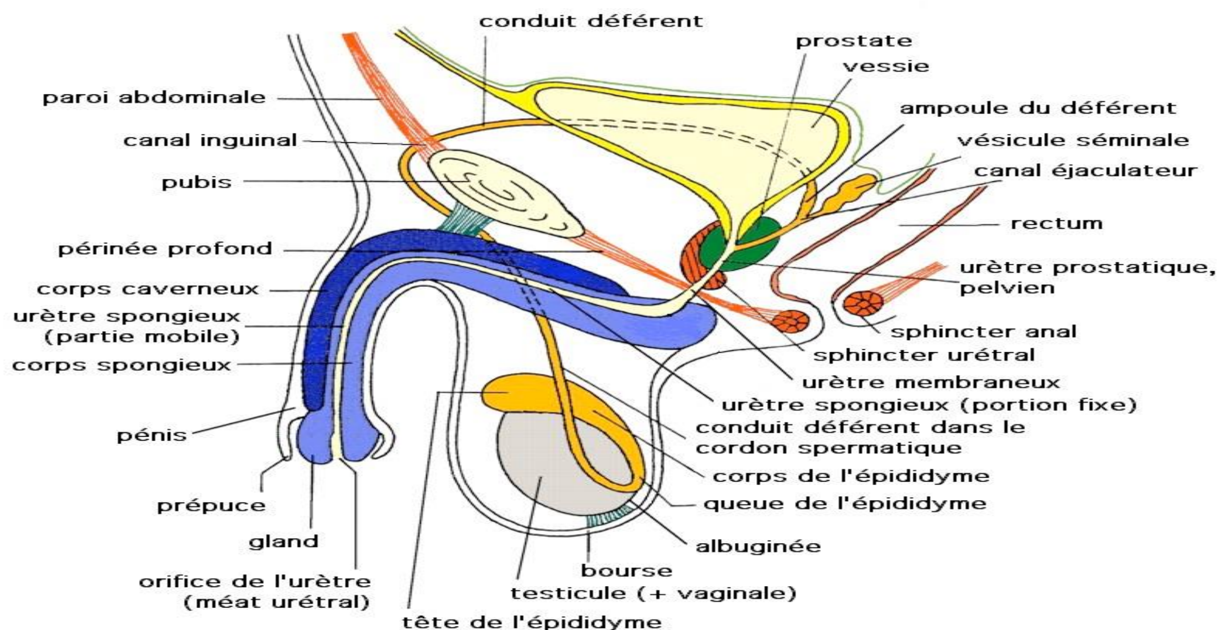
Le canal déférent: c'est un conduit très fin situé dans le cordon spermatique qui relie l'épididyme aux ampoules déférentielles et aux canaux éjaculateurs, il transporte les spermatozoïdes.

Les vésicules séminales : 2 poches situées en arrière de la prostate, elles fabriquent le plasma séminal, qui, mêlé aux secrétions prostatiques va former le sperme avec les spermatozoïdes.

Les canaux éjaculateurs: font suite aux vésicules séminales, expulsent le sperme dans l'urètre au moment de l'éjaculation.

La prostate: glande pesant de 15 à 20 g, située sous le col vésical et entourant l'urètre. Elle sécrète le plasma séminal ,qui, associé aux sécrétions des vésicules séminales et aux spermatozoïdes va former le sperme.

Le pénis ou verge : constitué de l'urètre et de deux organes érectiles appelés corps caverneux qui sont flaccides à l'état de repos ; lors de l'érection ils deviennent rigides grâce à l'afflux sanguins.



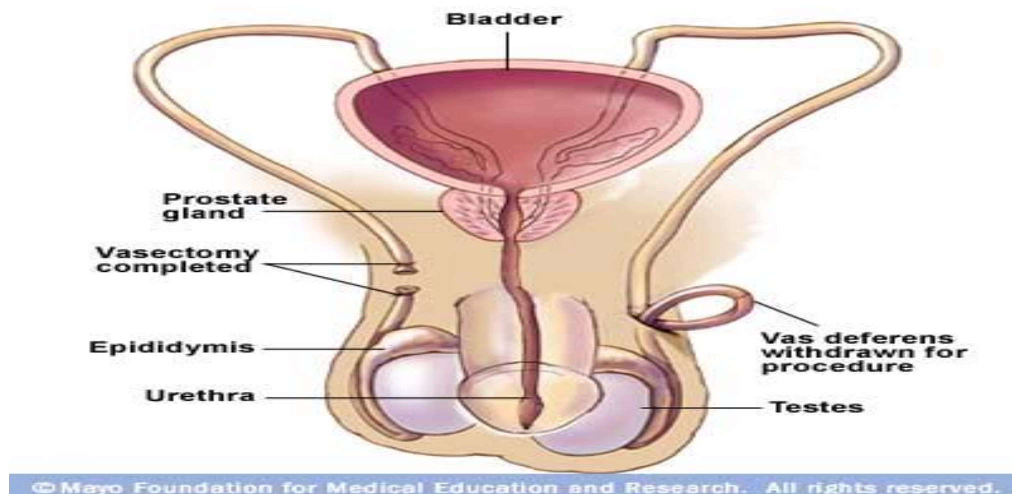
2. **La spermatogenèse**

L'élaboration des spermatozoïdes se produit sous le contrôle de la testostérone et de la FSH à l'intérieur des tubes séminifères par multiplication et transformation des spermatogonies (cellules germinales souches) en spermatocytes puis spermatides et en enfin spermatozoïdes .au cours de cette dernière transformation à lieu la méiose , division cellulaire pendant laquelle la celle perd la moitié de ses chromosomes (23) , en s'unissant à l'ovule le spermatozoïde forme un œuf contenant 46 chromosomes.

La maturation d'une spermatogonie dure un mois ,elle donne naissance à environ 50 spermatozoïdes.

3. **<u>définition</u>**

La **vasectomie** est une méthode de contraception masculine irréversible qui consiste à sectionner chirurgicalement des deux canaux déférents qui amènent les spermatozoïdes des testicules vers l'urètre.



4. **<u>Indications et contre indications</u>**

Les indications

- ✓ Un couple désirant une contraception définitive;
- ✓ Un couple dont l'épouse a des problèmes d'âge, de parité ou de santé qu'une grossesse pourrait les causer;
- ✓ Les hommes qui sont certains d'avoir le nombre d'enfant souhaité

Les Contres indication

- ❑ Les contres indications absolues
- ➢ Incertitude quant au désir d'avoir d'autres enfants;
- ❑ Les contres indications relatives:

☞ Il faut adresser à un spécialiste en cas de:

- ➢ IST;
- ➢ Inflammation du gland, des voies spermatiques ou des testicules;
- ➢ Infection du scrotum;
- ➢ Syndrome associé au SIDA;
- ➢ Troubles de coagulation;

☞ Il faut rapporter l'intervention jusqu'à guérison en cas de:

- ➢ Infection aigue généralisée ;
- ➢ Gastro-entérite aigue;

5. **<u>Avantages et inconvénients</u>**

Les avantages

- ✓ Méthode très efficace;
- ✓ Pas d'effets secondaires sur la santé à long terme;
- ✓ Conservation de la fonction sexuelle(les spermatozoïdes ne représentent qu'environ 2% à 3% de l'éjaculation);
- ✓ Risques minimes;
- ✓ Acte chirurgicale rapide;
- ✓ Adapté pour un couple si la grossesse ou la ligature des trompes mettent en danger la santé de la femme;

Les inconvénients

- ➢ Méthode irréversible;
- ➢ Ce n'est pas une méthode adaptée aux jeunes;
- ➢ Nécessite au moins 12 semaines pour être efficace;
- ➢ Ne protège pas contre les IST/SIDA

6. **<u>Les complications</u>**

   ⇒ Une ecchymose au niveau du scrotum
   ⇒ Douleurs légères
   ⇒ Des saignements (hématomes)
   ⇒ Infection
   ⇒ Épididymite congestive (qui dure habituellement qq jours)
   ⇒ granulome (nodule cicatriciel douloureux sur le canal déférent)
   ⇒ Douleurs chroniques (rares)
   ⇒ Recanalisation spontanée (rare)

7. **<u>Le counseling</u>**

Avant de mettre fin à sa fécondité l'homme (le couple) doit bénéficier d'un counseling intégrants touts les aspects de cette méthode, ainsi il doit savoir :

- ❑ L'existence des méthodes réversibles :on doit parler du préservatif et des méthodes destinées à la femme
- ❑ Les avantages mais aussi les risques
- ❑ L'impossibilité (théorique) d'avoir plus d'enfants:La personne doit être absolument certaine de ne plus vouloir d'enfants et que ce n'est une méthode adaptée aux jeunes
- ❑ L'irréversibilité de la vasectomie: la personne doit bien réfléchir même qu'avec l'existence de ***<u>la Vasostomie</u>*** (une intervention chirurgicale a pour but de recréer la perméabilité des canaux déférents et dont les résultats sont incertains)
- ❑ La possibilité d'y renoncer à tout moment avant l'intervention

A. Préalables

1. Admission et identification.
2. recueil des données personnelles âge, état civil, nombre d'enfant.
3. Entretien: porte sur la psychologie du patient, l'informer sur la procédure.
4. Anamnèse et élaboration du dossier clinique: pathologies de base, antécédents de coagulopathies, difficultés de miction… .
5. Examen de l'appareil génital:
   - ✓ Examen la peau du scrotum : dermatite, infection.
   - ✓ Palpation : douleur, nodule préalables, hydrocèle.
   - ✓ Examens variés : varicocèle, hernie inguinale.
6. Examen préopératoire: détermination des risques liés à la chirurgie et à l'anesthésie en fonction de l'anamnèse, l'hémogramme complet, tests de coagulation

B. Avant la vasectomie

Le matin de l'intervention la personne doit prendre une douche et veille au rasage du scrotum.
Au même jour, un feuillet d'information et 2 contenants pour effectuer les spermogrammes seront remis à la personne.

C. Après vasectomie

☞ Certains signes peuvent apparaître:

➢ Donner des conseils pratiques sur la PEC des complications.

☞ Certaines mesures à envisager :

- ✓ Repos pendant 2 jours.
- ✓ le lendemain, après avoir enlevé le pansement, prise des bains d'eau tiède (10 à 15 minutes) 2 fois par jour et ce, pour 1 semaine.
- ✓ Évitez les efforts physiques importants pour les 7 jours suivants l'intervention.
- ✓ Les relations sexuelles ne devraient être reprises qu'une semaine après l'intervention.

☞ Une visite de suivie dans les 7 à 14 jours suivant une vasectomie pour contrôler les sites d'incision retirer les points de sutures et voir s'il n'existe pas de signes de complications.

***Se considérer encore fertile* :** Des spermatozoïdes peuvent rester dans les voies spermatiques La stérilité n'est cependant **pas immédiate**. Deux spermogrammes **négatifs** doivent donc être obtenus pour que la stérilité soit établie. Les tests se font habituellement au 2ème et au 3ème mois de post-chirurgie. La majorité des hommes seront stériles après le 3ème mois. Sinon, les tests seront répétés jusqu'à ce que 2 spermogrammes consécutifs soient négatifs.
il est donc nécessaire de :

- utiliser un moyen de contraception.
- continuer à avoir une activité sexuelle normale pour qu'il ne reste plus de spermatozoïdes dans les voies spermatiques.

☞ Raisons médicales pour lesquelles il faut consulter à nouveau:

- Persistance du gonflement.
- fièvre au cours des 3 premiers jours.
- écoulement de pus ou de sang à l'endroit de l'incision.
- douleur, d'inflammation ou de rougeur à l'endroit de l'incision.
- Absence des règles de l'épouse pendant un mois.

Si les signes ne disparaissent pas ou s'aggravent, c'est un signe d'infection

8. **Les modalités de l'intervention**

Vasectomie avec scalpel (classique): après une anesthésie locale, le médecin fait une ou deux petites incisions dans le scrotum , puis il retire les deux canaux l'un après l'autre pour être bloqué, puis ferme les incisions au moyen de points de suture.

Vasectomie sans scalpel (sans bistouri): après une anesthésie locale le médecin fait une petite ouverture avec une pince aux extrémités acérées, l'ouverture est progressivement agrandie et la totalité de l'intervention se déroule à travers cette ouverture. Se servant du même instrument, Il bloque alors les canaux déférents. Aucun point de suture n'est nécessaire pour fermer l'ouverture minuscule qui guérit rapidement, sans laisser de cicatrice.

☞ Plusieurs méthodes permettent l'occlusion des canaux (les boucher). La ligature (attacher), la cautérisation (brûler), l'excision (enlever un bout), le clampage (installer une agrafe) et l'interposition de gaine (fermer un bout avec son enveloppe) s'offrent au chirurgien. Plusieurs études démontrent que la cautérisation augmente l'efficacité de l'occlusion.